

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ГНОЙНЫХ МЕНИНГИТОВ

Зенькова С.К., Скворцова В.В., Шендалесова Т.А.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Гнойный менингит является тяжелым жизнеопасным заболеванием, встречающимся у больных разных возрастных групп. В этиологии гнойных менингитов преобладают *Neisseria meningitidis*, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, которые обуславливают от 80 до 96% всех этиологически расшифрованных случаев [1]. Реже наблюдаются другие микроорганизмы. По данным современных исследований, бактериальные гнойные менингиты в 54% случаев вызываются менингококками, в 30-39% - гемофильной палочкой типа b, в 5-30% - пневмококками и только в 2-4% случаев - всеми остальными бактериальными агентами [2,3]. Клинические исследования показали, что, несмотря на применение химиопрепаратов нового поколения, за последние 20 лет не наблюдается существенных изменений в частоте развития неврологических осложнений и летальности от бактериального гнойного менингита [2]. Это, во-первых, связано с тем, что даже начатое без промедления лечение антибиотиками не позволяет купировать прогрессирующее развитие отека мозга, инфекционно-токсического шока, ДВС-синдрома, которое наблюдается почти в каждом случае менингита. Во-вторых, немаловажное значение имеет появление и рост резистентности к антибактериальным препаратам

Haemophilus influenzae и *Streptococcus pneumoniae*, наблюдаемые в последние годы во многих регионах мира [3].

Целью нашей работы явилась оценка клинического течения и эффективности антибактериальной терапии гнойного менингита неменингококковой этиологии.

Под нашим наблюдением находилось 43 больных в возрасте от 0 до 75 лет, госпитализированных в Витебскую областную инфекционную клиническую больницу по поводу гнойного менингита. Из них 37,2% женщин и 62,79% мужчин.

Только 74,4% больных были направлены в стационар с диагнозом менингит. У 74,4% больных заболевание началось остро с появления клинических симптомов, характерных для менингита, в остальных случаях появлению менингеальных симптомов предшествовали катаральные явления (кашель, насморк), неинтенсивная головная боль, боль в ухе, повышение температуры.

Рвота в начале заболевания наблюдалась у 58,14% больных, потеря сознания у 11,63%, с явлениями ИТШ были доставлены в стационар 9,3% больных, у 93,02% пациентов наблюдались симптомы внутричерепной гипертензии, у 60,46% - отека мозга. У всех больных при поступлении в стационар менингеальные симптомы были положительными.

Максимальная температура тела в 11,63% случаев не превышала 37,8⁰С, в 76,6% наблюдалось повышение температуры от 38 до 40⁰С. У 41,86% больных снижение температуры произошло литически в течение первых 3-5 дней лечения в стационаре. В остальных случаях наблюдалось постепенное снижение температуры с последующим субфебрилитетом от 2 до 20 дней. У двух больных лихорадка носила двухволновой характер, при этом на второй волне заболевания не было отмечено существенного ухудшения состояния или показателей СМЖ.

Сыпь наблюдалась нами у 23,25% больных. Только у 3 из них она была геморрагической, у двух из этих больных в последующем была установлена пневмококковая этиология заболевания. У остальных больных сыпь имела пятнисто-папулезный характер.

Следует отметить, что лабораторные показатели не всегда отражали тяжесть процесса, только у 76,74% больных при поступлении наблюдался лейкоцитоз, у 80% нейтрофилез. При этом максимальное число лейкоцитов в общем анализе крови только у 39,5% больных было отмечено при поступлении, у остальных больных показатели крови продолжали ухудшаться на фоне лечения.

Цереброспинальная жидкость (ЦСЖ) в большинстве случаев (83,7%) была мутной, у 30,2% больных имела сероватый оттенок, у 6,9% желтовато-зеленоватый цвет, у 2,3% была ксантохромной.

У 25,58% больных цитоз не превышал 400 клеток в 1 мкл. Почти у 60% больных был менее 1000 клеток в 1 мкл. Преобладание нейтрофилов в ЦСЖ отмечено у всех пациентов, однако, количество нейтрофилов менее 80% наблюдалось в 25,6% случаев.

У 11,6% больных уровень белка в ЦСЖ не превышал нормальных показателей. У 55,8% больных был больше 1 г/л. Снижение уровня глюкозы с ЦСЖ отмечено только у 25,58% больных.

Как показал анализ, наиболее тяжело протекал пневмококковый менингит, который диагностирован нами по результатам бактериологических и серологических исследований у 18,6% больных. 87,5% больных были в возрасте старше 20 лет. У ¼ больных менингит развивался на фоне сопутствующей патологии (бронхит, отит, пневмония, ОРВИ, ЧМТ, нарушение мозгового кровообращения, алкоголизм). Все больные пневмококковым менингитом были доставлены в стационар в тяжелом состоянии с клиникой отека мозга, 37,5 % - инфекционно-токсического шока. Следует отметить, что лабораторные показатели у этой категории больных существенно не отличались от аналогичных исследований при неустановленной этиологии менингита.

Антибактериальная терапия с назначением одного антибактериального препарата проведена у 23,25% больных (цефотаксим, цефтриаксон, ампициллин, пенициллин, цефазолин). Только у двух из них не получено положительного эффекта (пенициллин, цефазолин). Назначение двух препаратов проведено у 69,77% больных (цефалоспорины III поколения+амикацин, цефалоспорины III поколения + ампициллин, меропенем+амикацин, цефалоспорины III поколения+ левомицетин).

Назначение трех препаратов проведено 6,97% больным (меропенем+амикацин+метронидазол, меропенем+ципрофлоксацин+ метронидазол).

Полного эффекта после назначения первого курса терапии удалось достичь только у 20,93% больных, им в дальнейшем не проводилась смена антибактериальной терапии. У 9,3% больных эффекта достичь не удалось, один из них умер (при назначении трех препаратов). У остальных больных получен клинический эффект без санации ликвора, что потребовало смены терапии.

Таким образом, проведенный анализ показал, что гнойные менингиты остаются наиболее тяжелой патологией, требующей этиологической расшифровки с целью коррекции антибактериальной тера-

пии. В то же время антибактериальная терапия не всегда способна предотвратить нежелательный исход заболевания.

Литература:

1. Демина А.А. Эпидемиологический надзор за менингококковой инфекцией и гнойными бактериальными менингитами //Эпидем. инфекц. болезни, 1999 - №2. - с. 25 - 28.

2. Tunkel A.R., Scheld W.M. Acute meningitis /In: Mandel G.L., Bennett J.E., Dolin R. Principles and practice of infectious diseases , 4th ed.New York: Churchill Livingstone , 1995- p 831-865

3. Gray L.D., Fedorko D.P. Laboratory diagnosis of bacterial meningitis //Clin Microbiol Rev, 1992. - №5. - p. 130-145.